



# ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Mayo 2010

## CASOS CLÍNCOS

### Caso clínico: Vía aérea difícil en paciente con Espondilitis Anquilopoyética severa (I)

Mariscal M, Pindado ML, García Molina C.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

#### Resumen

La Espondilitis Anquilopoyética (EA) es una espondiloartropatía autoinmune seronegativa que se caracteriza por una artritis inflamatoria crónica dolorosa.

Al inicio afecta a la columna vertebral y articulaciones sacroiliacas y, con el tiempo, causa fusión y rigidez de la columna.

Representa un reto para los anestesiólogos por su dificultad en el manejo de la vía aérea, complicaciones óseas, cardiovasculares, respiratorias y posibles consecuencias derivadas de la medicación utilizada para el control del dolor y la propia enfermedad.

#### Introducción

La Espondilitis Anquilopoyética (EA) es una espondiloartropatía autoinmune seronegativa que se caracteriza por una artritis inflamatoria crónica dolorosa.



Al inicio afecta a la columna vertebral y articulaciones sacroiliacas y, con el tiempo, causa fusión y rigidez de la columna.

Representa un reto para los anestesiólogos por su dificultad en el manejo de la vía aérea (1), complicaciones óseas, cardiovasculares,

respiratorias y posibles consecuencias derivadas de la medicación utilizada para el control del dolor y la propia enfermedad.

#### Generalidades

##### Complicaciones óseas

En las EA severa aparecen fracturas no relacionadas con traumatismos; algunas a nivel de C5-6 causadas por hiperextensión del cuello y con afectación neurológica en ocasiones.

En fases iniciales pueden verse involucradas articulaciones sacroiliacas siendo los cambios aparentes después de años. También se afectan otras articulaciones como caderas y hombros y con menor frecuencia la articulación atlanto-axoidea (subluxación) y la articulación temporomandibular.

Lo más llamativo es la osificación de los ligamentos interespinales de la columna (presentando una imagen radiológica en "caña de bambú").

Complicaciones cardiovasculares:

Valvulopatías, trastornos de la conducción, infarto de miocardio, son todas ellas complicaciones raras.

#### Complicaciones respiratorias

Puede aparecer fibrosis del lóbulo superior pulmonar y afectación de las articulaciones costovertebrales, originando una disminución de la expansión del torax.

Complicación de la medicación:

Son las derivadas del tratamiento convencional con AINEs, inhibidores de la ciclooxigenasa, metotrexate, sulfasalazina, corticoides...y las derivadas de tratamientos novedosos como los anti factores de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ ) con un aumento de la incidencia de la infección de la herida quirúrgica.

#### **Consideraciones Radiológicas**

Es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta primariamente al esqueleto axial, y sólo secundariamente a las articulaciones periféricas.

De todas las artropatías inflamatorias es la menos erosiva y la más osificante y su característica predominante es la anquilosis de las articulaciones.

Los hallazgos radiográficos (2,3) son:

1- Mineralización normal antes de la anquilosis; osteoporosis generalizada después de la anquilosis.

2- Se forma hueso subcondral antes que la anquilosis.

3- Escasas erosiones.

4- Ausencia de luxaciones.

5- Ausencia de quistes.

6- Anquilosis.

7- Distribución bilateral y simétrica.

8- Distribución en articulaciones sacroiliacas y afectación de la columna de forma ascendente desde las vértebras lumbares a las cervicales y en ese momento es cuando comienza la afectación de caderas, hombros, rodillas, manos y pies en este orden de frecuencia.

#### Afectación de la columna

La columna comienza a afectarse desde la D-12 a la L-1, pero el radiólogo la identifica en el área lumbar.

Se desarrolla una esclerosis reactiva, a medida que la columna se va quedando inmóvil, esta esclerosis desaparece y podemos ver sólo un aspecto cuadrado de las vértebras.

La osificación comienza en el anillo fibroso del disco intervertebral, esta osificación va extendiéndose hasta alcanzar los ligamentos longitudinales formando los llamados sindesmofitos va ascendiendo paulatinamente hasta afectar a toda la columna, terminando por afectar la zona cervical. Los espacios discales se encuentran preservados.

El ligamento interespinoso también puede estar osificado dando a la columna un aspecto en "caña de bambú".

#### Complicaciones derivadas de la afectación cervical

1. Subluxación atlanto-axoidea y erosión de la apófisis odontoides (más característica de la artritis reumatoide).

*La intubación de un paciente con espondilitis puede conllevar una fractura con consecuencias desastrosas si el anestesiólogo desconoce la existencia de esta enfermedad.*

## 2. Compresión medular (rara).

*Fracturas vertebrales, asociadas a importante morbilidad y mortalidad, ya que la columna se fracturará por el sitio donde exista una mínima movilidad, pudiéndose afectar la médula, a pesar de que el traumatismo sea leve.*

4. Espondilodiscitis, sobre todo a nivel de las vértebras lumbares.

5. Estenosis del canal

## Manejo de la vía aérea

Los pacientes con EA son, con frecuencia difíciles e incluso imposibles de intubar debido a su limitada apertura bucal (afectación de la articulación temporomandibular) y/o rigidez de la columna cervical.

La técnica más segura es la intubación despierto con Fibrobroncoscopio (4) especialmente en aquellos pacientes con deformidades severas de la columna cervical y torax. También permite la monitorización neurológica continua.

A veces los pacientes se niegan a la intubación despierto y en estos casos se pueden usar otros dispositivos:

Mascarilla Laríngea de Intubación o Fastrach (5), la ventaja es que se puede introducir y posteriormente intubar, sin movimiento de la cabeza y cuello del paciente. Sin embargo puede ser imposible insertarla en pacientes con

una severa flexión impidiendo su correcta colocación y sellado.

Otro dispositivo que se ha utilizado en estos pacientes es el Videolaringoscopio Glidescope (6), posicionando al paciente en decúbito supino, apoyando su cabeza y cuello en almohadas y también las extremidades inferiores, consiguiendo la posición más confortable para el paciente.

## Bibliografía

1. L. J. Woodward, P. C. A. Kam. Ankylosing spondylitis: recent developments and anesthetic implications. *Anaesthesia* 2009; 64: 540-48. ([PubMed](#))
2. Anne C. Brower. *Arthritis in Black and White*. Ed. Saunders; 1994.
3. Resnick. *Bone and Joint Imaging*. Ed. Saunders; 1989.
4. Fu S. xue, He P. Liu, Nong He. Spray as you go Airway topical anesthesia in patients with a difficult Airway: A randomized, double-blind comparison of 2% and 4% lidocaine. *Anesth Analg* 2009; 108 :536-43. ([PubMed](#)) ([PDF](#))
5. Lu PP, Brimacombe J, Ho ACY, et al. The intubating laryngeal mask airway in severe ankylosing spondylitis. *Can J Anesth* 2001; 48: 1015-9. ([PubMed](#))
6. H. Y. Lai, I.H. Chen, F.Y. Hwang et al. The use of the Glidescope for intubation in patients with ankylosing spondylitis. *Br J Anaesth* 2006; 97 (3): 419-22. ([PubMed](#)) ([PDF](#))

## Correspondencia al autor

Marisa Mariscal Flores  
[mmariscalflores@gmail.com](mailto:mmariscalflores@gmail.com)  
 Servicio Anestesia y Reanimación.  
 Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 19 de marzo de 2010](#)